Nr 37. Kraków, 14. września 1918. Rok LVII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek,** których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisya redakcyjna Przewodniczący: Redaktor główny. Członkowie: prof. dr Krzyształowicz, prezes Tow. lek. krak.; Dr W. Damski, wiceprezes Tow. lek. krak. dr A. Akerman, skarbnik Tow. lek., dr B. Wojciechowski, podskarbi komisyi; dr Blassberg, prof. dr Browicz, prof. dr K. W. Majewski, prof. dr Rutkowski.

Przewodniczący **Podkomisyi redakcyjnej** w Łodzi Dr S. Sterling (Piotrkowska 111).

Rok LVII. Kraków, 14. września 1918 Nr. 37.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z Kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jag. w Krakowie. (Dyrektor: Prof. Dr. A. Rosner).

Kilka uwag o pierwotnym raku pochwy.

Podał *)

Doc. Dr January Zubrzycki.

Od czasu do czasu spotykamy w praktyce przypadki, które wzbogacają niewątpliwie zasób spostrzeżeń klinicznych i zasługują ze względu na niezwykłą rzadkość swojego występowania na krótkie chociażby omówienie. Do takich zaliczyć musimy między innymi i przypadki pierwotnego raka pochwy, który należy do najrzadziej spotykanych schorzeń narządów rodnych kobiecych. I tak na ogólną ilość schorzeń narządów rodnych kobiety przypada na pierwotnego raka pochwy według Gurlta 0·19%, według Schwarza 0·24%, według Schrödera 0·24%. Na ogólną zaś ilość przypadków raka w innych częściach ustroju przypada na pierwotnego raka pochwy według Williamsa 0·43%; w stosunku do ilości przypadków raka macicy wynosi ilość przypadków pierwotnego raka pochwy według Eppingera 1·04%, według Hechta 2·05%, według Kliensa 3%, według Franza 1·06%, a według Schottlaendera i Kermaunera 3·05%.

Podane powyżej liczby, chociaż rzecz jasna różnią się nieco od siebie, dowodzą jednak bardzo nizkiego procentu przypadków pierwotnego raka pochwy w porównaniu do innych cierpień ginekologicznych, jak i do przypadków raka innych części narządu rodnego kobiety. W klinice położniczo-ginekologicznej U. J. spostrzegano w ostatnich dziesięciu latach zaledwo cztery przypadki raka, którego punktem wyjścia była pochwa.

Pierwszy z nich, opisany w 1911 r. przez Radwańską Obrady Sekcyi ginekologiczno-położniczej XI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich), dotyczył kobiety 60-letniej, u której rak usadowił się na lewej ścianie zupełnie wynicowanej pochwy, zajmując w postaci półksiężycowej błonę śluzową na przestrzeni wielkości dłoni. Wykonany zabieg operacyjny miał na celu wycięcie nowotworowo zmienionej części pochwy w granicach zdrowych. Zabieg ten wykonano, wycinając cały nacieklý rakowato płat błony śluzowej pochwy, przyczem musiano usunąć i część pęcherza moczowego, na który przechodził nowotwór. Chora w krótkim czasie z powodu powikłań pooperacyjnych zmarła.

Trzy następne przypadki, spostrzegane przezemnie, a dotychczas jeszcze nie opisane, poniżej szczegółowiej nieco omówię.

Przypadek drugi: W maju 1914 zgłosiła się na klinikę chora K. K. l. 44, która w wywiadach podała, że rodziła 5 razy, ostatni raz przed 10 laty, zawsze na czasie, siłami natury; nie roniła. Od 2 miesięcy zauważyła białawo-ropne upławy, a równocześnie wystąpić miały nieregularne krwotoki. Przy badaniu stwierdzono: Osoba średnio odżywiona, bez znaczniejszych zmian w narządach wewnętrznych. Przy zupełnie zresztą prawidłowych narządach rodnych znaleziono na tylnej ścianie pochwy, mniej więcej dwa centymetry ponad wejściem, płaski naciek wielkości małej dłoni, krwawiący przy dotknięciu, o powierzchni nierównej, brzegach twardych, dość kruchy. Naciek ten przechodził na tkankę łączną, znajdującą się pomiędzy pochwą a odbytnicą, zajmując nawet częściowo przednią ścianę odbytnicy. Błona śluzowa odbytnicy względem nacieku nieprzesuwalna. Badanie histologiczne wyciętego z nacieku kawałka wykazało utkanie raka płaskokomórkowego.

Wobec tego doradzono chorej zabieg, który zamierzano wykonać od strony kości krzyżowej. Przez resekcyę częściową kości krzyżowej i ogonowej postanowiono udostępnić sobie pole operacyjne. Wybrano zaś tę drogę dlatego, że zamierzano usunąć równocześnie część nowotworowo zmienionej odbytnicy, co tak od strony powłok brzusznych, jak i od strony pochwy byłoby rzeczą prawie niewykonalną. W dalszym ciągu zamierzano obok wycięcia schorzałej odbytnicy i wytworzenia sztucznego odbytu usunąć wraz z nią równocześnie macicę, przydatki i pochwę w całości. Strona techniczna zabiegu wymagałaby oczywiście nieco dłuższego czasu i nastręczałaby trudności, które jednak dałyby się pokonać. W sposób podobny operowali już, i to z dobrym wynikiem, przypadki raków pochwy, przechodzących na ścianę odbytnicy, Pryor, Himmelfach, Wertheim i inni. Chora jednak na ten bądź co bądź ciężki rękoczyn zgodzić się nie chciała i opuściła klinikę nie leczona.

Przypadek trzeci: Dnia 11. XI. 1916 zgłosiła się na klinikę chora M. S. l. 65, podając, że od lat przeszło dziesięciu wypada jej macica, zwłaszcza przy ciężkiej pracy. Przed rokiem zauważyła chora, że guz wypadający powiększa się coraz bardziej i gdy dawniej chował się zupełnie na krótszy lub dłuższy przeciąg czasu, zwłaszcza przy spokojniejszym trybie życia, to od roku nie tylko się nie cofa, lecz brzęknie i na powierzchni jego tworzą się jakieś »wrzody«, które nie są wprawdzie bolesne, lecz rosną coraz bardziej i za dotknięciem krwawią. Równocześnie skarży się chora na zaburzenia w oddawaniu stolca i moczu. Od roku oddaje mocz tylko po uciśnięciu palcem wypadłego guza. Rodziła pięć razy, ostatni raz przed 30 laty. Porody trwały zawsze długo, były ciężkie, kończyły się jednak bez pomocy lekarskiej. Wstawała po nich do trzech dni i odrazu powracała do swoich codziennych zajęć. Nie roniła.

Przy badaniu stwierdzono, co następuje: Budowa wątła, odżywienie liche, niedokrwistość, wyraźny zanik tkanki tłuszczowej i mięśni. W narządach wewnętrznych żadnych znaczniejszych zmian chorobowych wykazać nie można. Pomiędzy udami sterczy guz wielkości głowy noworodka, nie dający się odprowadzić z powrotem do miednicy małej, a wychodzący z pomiędzy warg sromowych dużych. Guz ten, jak badanie stwierdza, jest wynicowaną pochwą, okrywającą wypadłą całkowicie macicę. Na wierzchołku guza widać ujście zewnętrzne macicy. Powierzchnia wynicowanej pochwy nie przedstawia się jednolicie. Po stronie lewej ściana jej jest tylko twarda i zgrubiała. Po stronie prawej natomiast znajdujemy na niej wyraźne i daleko posunięte zmiany w postaci wybujałości nierównych, barwy czerwonej, które sięgają od prawej wargi sromowej małej do samej prawie części pochwowej, dochodząc tak z przodu, jak i z tyłu do linii środkowej. Odgraniczają się one od otoczenia ostrym, wyniosłym brzegiem i krwawią za dotknięciem. Guz, sterczący ze sromu, wykazuje od przodu i boków bardzo wyraźne chełbotanie, które należy odnieść do zaułka pęcherza moczowego, wciągniętego w dół wraz ze ścianą pochwy (cystokele). Wprowadzony do pęcherza moczowego cewnik wyczuwa się tuż pod wynicowaną przednią ścianą pochwy. Przy badaniu przez odbytnicę stwierdzić można, że i ona bierze udział w wytworzeniu omawianego guza, gdyż przednia jej ściana wypada częściowo wraz z macicą i pochwą, tworząc t. z. »proktokele«, i to znacznego stopnia. Błona śluzowa odbytnicy jest niezmieniona, względem nacieku w pochwie łatwo przesuwalna. Gruczoły pa-

*) Z powodu braku miejsca został artykuł ten na żądanie Redakcyi bardzo znacznie skrócony.

chwinowe powiększone, prawe więcej, niż lewe, z otoczeniem jednak nie zrosłe. Błona śluzowa pęcherza moczowego, oglądana przy pomocy cystoskopu, nie wykazuje nieprawidłowych nacieków, ani też wybujałości.

Opierając się na tych danych, rozpoznano wypadnięcie całkowite pochwy i macicy, raka bocznej prawej ściany pochwy, przerzuty nowotworowe w obustronnych gruczołach pachwinowych. Badanie drobnowidowe kawałka, wyciętego z powierzchni nowotworowo zmienionej ściany pochwy, potwierdziło rozpoznanie kliniczne w kierunku raka, wykazując typowe utkanie raka płaskokomórkowego. Załączony rysunek uwidocznia najlepiej powyżej opisany guz.



Leczenie w tym przypadku mogło być bądź to operacyjne, bądź też zachowawcze. Pierwsze natrafiało na niemałe trudności techniczne, a wobec zajęcia gruczołów chłonnych nadzieja zupełnego wyleczenia na tej drodze była niewielka. Drugie, to jest leczenie zachowawcze przez naświetlanie promieniami radu, mesothoru lub promieniami Roentgena, dałoby się tem łatwiej przeprowadzić, że nowotwór, leżąc cały na powierzchni, był dostępny bezpośrednio działaniu promieni. I ten również sposób leczenia wobec wspomnianego już zajęcia gruczołów chłonnych rokowanie dawał nie najlepsze. Plan naszego postępowania kojarzył obydwie te metody leczenia ze sobą. Postanowiliśmy usunąć najpierw przy pomocy zabiegu operacyjnego, wykonanego od strony pochwy, ile możności doszczętnie nowotwór, wycinając całkowicie pochwę, macicę, przydatki i zmienione rakowato gruczoły chłonne, a potem dopiero polecić chorej zapobiegawcze leczenie przy pomocy energii promiennej, w celu usunięcia i zniszczenia pod jej wpływem tego, czego nożem ze względów czysto technicznych nie zdołalibyśmy usunąć. Chora jednak zabiegowi operacyjnemu poddać się nie chciała i opuściła klinikę nieleczona.

Przypadek czwarty: R. I. l. 45, zgłosiła się do kliniki w czerwcu 1918 r. Rodziła sześć razy siłami przyrody. Z tego raz w V., a raz w VII. mies. ks. ciąży. Ostatni poród przed 10 laty. Nie roniła. Od listopada 1917 r. cierpi chora na upławy białe, czasem różowo podbarwione. Od kilku tygodni silne bóle w nodze; równocześnie zauważyła chora powiększenie się gruczołów pachwinowych.

Przy badaniu stwierdzono: Kobieta licho odżywiona z wyraźnym zanikiem tkanki tłuszczowej. Bardzo daleko posunięta miażdżyca tętnic. Pochwa dość krótka, sklepienie wąskie, na przedniej ścianie w linii środkowej tuż pod sklepieniem guz wielkości orzecha laskowego, kulisty, nieruchomy. Poniżej pozornie bez związku z nim, również na przedniej ścianie pochwy, naciek, sięgający prawie do wejścia pochwy i kończący się nieco mniejszym guzkiem. Naciek ten przechodzi na prawą ścianę pochwy. Obustronne gruczoły pachwinowe bardzo znacznie powiększone, zrosłe silnie z otoczeniem, nieruchome. Nad spojeniem łonowem po prawej stronie i w głębi, w okolicy, odpowiadającej gruczołom biodrowym, twarde nieprzesuwalne opory. Wycinek z nacieku, badany pod drobnowidem, wykazuje typowe utkanie raka płaskokomórkowego.

Przypadek powyższy uznano za nienadający się do zabiegu ze względu na ogólny stan chorej, znaczne zmiany w narządzie krążenia i rozległe przerzuty w gruczołach nie tyle pachwinowych, (które ostatecznie można było usunąć przy zabiegu), ale przedewszystkiem w gruczołach, leżących w miednicy i koło tętnicy głównej. Również i leczenie energią promienną w tym przypadku, przynajmniej przy obecnym stanie techniki naświetlań, ze względu na niemożność zadziałania promieniami radu, mesothoru lub Roentgena na głęboko leżące, nowotworowo zmienione gruczoły chłonne, byłoby bezcelowem.

Opisane przypadki z wyjątkiem drugiego różnią się znacznie od zazwyczaj spotykanych postaci raka pochwy. Zasługuje w nich na uwagę z jednej strony powikłanie raka zupełnem wypadnięciem pochwy i macicy, (przypadek I i III), z drugiej zaś rzadko stosunkowo spostrzegane usadowienie nacieków nowotworowych (w przyp. I i III boczna, w IV — przednia ściana pochwy).

Najczęstszym punktem wyjścia pierwotnego raka pochwy jest jej ściana tylna, jak to w naszym przypadku II spostrzegać mieliśmy sposobność. W zestawieniu Kröniga znajdujemy bowiem, że na ogólną sumę 123 przypadków wychodził rak z tylnej ściany pochwy 71 razy, z przedniej 23 razy, z bocznych 13 razy, otaczał zaś pierścieniowato pochwę 16 razy.

Rak pochwy występuje prawie z reguły u kobiet starszych, i to wieloródek, wyjątkowo zaś tylko u kobiet młodych lub u tych, które nie rodziły (Jaworski, Falk). Opisane powyżej przypadki żadnego pod tym względem nie stanowią wyjątku. Rak tworzy na powierzchni ściany pochwy nacieki, początkowo ograniczone, niewiele ponad powierzchnię wystające, o nierównem dnie i twardych brzegach. Nacieki te, z biegiem czasu powiększając się, ulegają rozpadowi. Niekiedy jednak wytwarzać się mogą zamiast tego kalafiorowate wybujałości, wypełniające i zacieśniające światło pochwy, a równocześnie skłonne do szybkiego bardzo rozpadu. Przy badaniu przez pochwę, jak niemniej przy oglądaniu gołem okiem, wydaje się nam, że naciek nowotworowy posiada granice, dość ostro odcinające się od otoczenia. Mikroskop atoli poucza, że drobne ogniska nowotworowe sięgają znacznie dalej poza granicę głównego nacieku.

Rak pochwy rozrasta się bardzo szybko, posuwając się tak po powierzchni wnętrza pochwy, jakoteż drążąc w głąb otaczających ją tkanek, w następstwie czego może pochwa z czasem zamienić się w kanał zupełnie niepodatny, wązki, twardy, wmurowany niejako w tkanki miednicy małej, którego ścianę stanowią mniej lub więcej rozpadłe, łatwo krwawiące wybujałości nowotworowe. Z tkanek sąsiadujących zostaje w pierwszym rzędzie przez nowotwór zajęta tkanka łączna otaczająca pochwę (parakolpios), za pośrednictwem której przenieść się może naciek nowotworowy ku tyłowi na przednią ścianę odbytnicy, lub, co rzadziej, ku przodowi na tylną ścianę pęcherza moczowego. Rozrastając się po powierzchni wnętrza pochwy może nowotwór wyjątkowo zająć część pochwową macicy. Wręcz przeciwnie zachowuje się rak szyjki lub części pochwowej macicy, który częściej przechodzi na pęcherz, niż na odbytnicę i niezbyt rzadko, bo według Schottländera i Kermaunera w 45% przypadków, przenosi się na ścianę pochwy.

Przyczyny tak szybkiego rozrostu raka pochwy szukać należy nie w jakiejś wyjątkowej złośliwości komórek rakowych, lecz w budowie anatomicznej pochwy i rozmieszczeniu naczyń chłonnych, odprowadzających z niej prąd limfy. Z jednej strony bowiem ściana pochwy składa się tylko z błony śluzowej i nielicznych pokładów mięsnych, nie może więc stawić należytego oporu rozwijającej się tkance nowotworowej. Z drugiej zaś strony rozległa sieć naczyń chłonnych ułatwia komórkom rakowym rozrost, a w związku z tem tworzenie przerzutów.

Badania Geroty, Sappeya, Poinera, Bruhnsa pouczają, że naczynia chłonne błony podśluzowej pochwy tworzą bardzo gęstą siatkę i łączą się z naczyniami chłonnemi warstwy mięsnej, które dopiero zlewając się w większe pnie, podążają ku odpowiednim gruczołom chłonnym. Naczynia chłonne tylnej ściany pochwy, posiadające ważne kliniczne znaczenie ze względu na częste usadowienie się tamże raka, biegną od ściany pochwy przez tkankę łączną w towarzystwie tętnicy odbytniczej dolnej ku odbytnicy, otaczają ją dookoła i wchodzą do gruczołów chłonnych odbytniczych górnych i gruczołów krezkowych odbytnicy (lymphoglandulae haemorrhoidales superiores mesorectales (Moran i Bruhns)). Drogi chłonne górnej części pochwy, komunikując z naczyniami chłonnemi części pochwowej i szyjki macicy, uchodzą do gruczołów chłonnych pozapochwowych przymacicznych, biodrowych dolnych, zasłonowych i podbrzusznych. Nakoniec naczynia chłonne dolnych odcinków pochwy odprowadzają prąd limfy do gruczołów chłonnych pachwinowych powierzchownych i głębokich. Zależnie od siedziby nowotworu za-

jęte więc zostają odpowiednie gruczoły chłonne (Hecht). Jeżeli n. p. usadowił się rak w dolnej trzeciej części pochwy, to przerzutów jego szukać należy w pierwszym rzędzie w gruczołach chłonnych pachwinowych, jeżeli zaś w dwóch trzecich górnych, to zajęte zostają gruczoły chłonne pozapochwowe, przymaciczne, biodrowe i t. d. Przerzuty nowotworowe w gruczołach chłonnych występują przy raku pochwy, jak to wykazał Gussenbauer, w przeciwieństwie do raka macicy już w bardzo wczesnym okresie choroby. Wyłącznie jednak gruczoły chłonne pachwinowe, leżące zupełnie powierzchownie, są dostępne naszemu badaniu, innych, leżących w głębi, w przeważnej części przypadków badać nie możemy. Zupełnie inaczej ma się sprawa z naciekami nowotworowymi w tkance łącznej, które przy zwykłem już badaniu przez pochwę wyczuć możemy w postaci twardych oporów, pozostających w związku z pierwotnem ogniskiem chorobowem.

Nowotwory, usadowione na tylnej ścianie pochwy, drążą niezmiernie szybko w głąb tkanki łącznej, znajdującej się pomiędzy pochwą a odbytnicą, przechodzą następowo na odbytnicę, zajmując powoli wszystkie warstwy jej ściany i obejmując ją nierzadko pierścieniowato. Pozostaje to najprawdopodobniej w związku z kierunkiem przebiegu naczyń chłonnych, otaczających odbytnicę dookoła.

Rak pochwy miewa najczęściej utkanie raka płaskokomórkowego, z charakterystycznemi wyspami zrogowaciałych komórek (perły Waldeyera). Opisywano już jednak raki pochwy gruczołowate (Bail, Pinna-Pinter, Siefard, Van der Hoeven i t. d.), których punktem wyjścia mają być bądź to zbłąkane w ścianę pochwy gruczoły błony śluzowej szyjki, bądź też pozostałości przewodu Gartnerowskiego (Meyer), które w życiu pozapłodowem mogą przebiegać w ścianie pochwy.

Objawy chorobowe raka pochwy nie różnią się w zasadzie od objawów raka części pochwowej macicy. Początkowe okresy cierpienia przebiegają zazwyczaj bez znaczniejszych podmiotowych dolegliwości i wskutek tego nie zwracają uwagi chorej. Upławy i nieregularne krwawienia, cechujące dalszy przebieg raka pochwy, występują w stosunkowo dość późnych okresach choroby, zazwyczaj dopiero wtedy, gdy naciek nowotworowy zajmie już pewną znaczniejszą przestrzeń pochwy, czemu towarzyszy prawie stale zajęcie sąsiadujących narządów i przerzuty w gruczołach chłonnych.

Przy rozpoznawaniu różniczkowem nie należy zapominać o wrzodach odleżynowych od krążków, o kile i o gruźlicy. W przypadkach wątpliwych rozstrzyga sprawę badanie drobnowidowe.

Etyologia pierwotnego raka pochwy jest równie niejasna, jak etyologia raka w ogólności. Niektórzy autorowie przypisują znaczenie czynnika przyczynowego między innemi urazowi, na jaki pochwa wskutek pewnych spraw chorobowych przez dłuższy okres czasu bywa narażona. W ten sposób tłumaczono powstanie raka przy wypadnięciu pochwy (Schmidt, Linke, Zipold Gebhart, Veit, Moraller, Ruge, Franqué, Fromme, Radwańska), i u kobiet, które przez długie lata nosiły krążki (Hegar, Kaltenbach, Winckl, A. Mayer, Schwarz, O. Schmidt, Maly, Wille, Edelberg).

Co do leczenia, to pomijając paliatywnie stosowane środki i zabiegi (zasypki jodoformowe z węglem, przepłukiwania, przyżegania i wyskrobywania), przejdę do omówienia dwóch kierunków leczniczych, mających na celu doszczętne wyleczenie nowotworu. Są niemi od dawna już stosowane leczenie chirurgiczne i od kilku dopiero lat współzawodniczące z niem leczenie przy pomocy energii promiennej.

Do historyi już dzisiaj zaliczyć należy sposób operowania raka pochwy, podany przez Schrödera. Polegał on na tem, że w granicach zdrowych usuwano nowotworowo zmienioną część ściany pochwy. Oczywiście wyniki, uzyskane przy pomocy tej metody operacyjnej, równały się zeru.

W 1895 podał Olshausen nowy, radykalniejszy sposób operowania, polegający na wycięciu całej pochwy, macicy i przydatków od strony krocza. W ogólnych zarysach zabieg ten przedstawia się następująco: Cięciem okrężnem przecina się skórę dookoła sromu, poczem odpreparowuje się pochwę od dołu ku górze, wystrzegając się przy tem pilnie uszkodzenia odbytnicy i cewki moczowej. Następnie otwiera się otrzewnę, przecina po podwiązaniu tkankę okołomaciczną, jak również i więzadła obłe, a macicę wraz z przydatkami i pochwą usuwa się w całości. Zaopatrzenie rany polega na zaszyciu otrzewnej na głucho i wysączkowaniu rany w miednicy małej. Odmiany tej metody podali później Dührssen i Amann.

Od powyżej opisanego różni się zasadniczo rękoczyn, podany w kilka lat później przez Wertheima. Wykonujemy go częściowo od strony powłok brzusznych, częściowo od strony krocza. Cięciem podłużnem, przeprowadzonem w linii środkowej, otwieramy jamę brzuszną i w typowy sposób, tak jak przy raku szyjki macicy, odpreparowujemy macicę wraz z przydatkami i tkanką łączną od otoczenia. Następnie ku dołowi oddzielamy pochwę, starając się dojść jak najniżej. Resztę zabiegu, to jest odpreparowanie dolnego odcinka pochwy od otoczenia, wykonywamy od strony krocza. Zaletą tego sposobu jest możność ewentualnego usunięcia gruczołów chłonnych zmienionych nowotworowo, czego przy zabiegu, wykonanym od strony pochwy, nie można wykonać.

Kelly operował raka pochwy od strony kości krzyżowej, wycinając, celem uprzystępnienia sobie pola operacyjnego, kość ogonową i część kości krzyżowej. Krönig zaś radził w każdym przypadku łączyć powyższy zabieg z wycięciem odbytnicy. Uzasadniał on swoje stanowisko tem, że przy raku pochwy tkanka łączna pomiędzy pochwą a odbytnicą, jak niemniej naczynia chłonne, biegnące od ściany pochwy ku odbytnicy, wykazują już we wczesnych okresach choroby zmiany nowotworowe, które w wielu przypadkach mogą stanowić przeszkodę w doszczętnem usunięciu nowotworu i stać się punktem wyjścia nawrotów. Zalecany przez Króniga zabieg nie znalazł jednak powszechnego zastosowania. Posługujemy się nim tylko wyjątkowo, i to w tych jedynie przypadkach, w których zajęta naciekiem nowotworowym odbytnica musi być także przy. zabiegu usunięta.

Rokować przy raku pochwy, chociażby po najdoszczętniej wykonanym zabiegu, należy bardzo ostrożnie. Nawroty bowiem zdarzają się nadzwyczaj często, i to bez względu na rodzaj zastosowanego rękoczynu tak, że przypadki raka pochwy wyleczonego operacyjnie należą wprost do rzadkości. Przyczynia się do tego z jednej strony bardzo szybki rozrost raka pochwy, z drugiej zaś brak jakichkolwiek objawów podmiotowych w początkowych okresach choroby, wskutek czego chore zwykle zapóźno zasięgają porady lekarskiej. Temu należy też przypisać, że w piśmiennictwie spotyka się tylko nieliczne wzmianki o doszczętnie wyleczonych przypadkach raka pochwy. I tak Wertheim wspomina zaledwie o dwóch wolnych od nawrotu przez przeciąg pięciu lat, Himmelfarb o jednym przez przeciąg trzech lat, Schmittlechner o jednym przez przeciąg jednego roku.

Wobec tak niekorzystnych wyników leczenia chirurgicznego, nic dziwnego, że starano się do leczenia pierwotnego raka pochwy zużytkować i niedawno do lecznictwa wprowadzoną energię promienną. Szczegółowe omawianie techniki naświetlań zaprowadziłoby nas zadaleko. Rzecz ulega jeszcze ciągłym zmianom i udoskonaleniom, a różne kliniki, różną posługując się techniką, modyfikują odpowiednio do swojego doświadczenia i materyału formę, czas trwania, jakoteż i odstępy pomiędzy poszczególnemi naświetlaniami. Zasada jednak pozostaje wszędzie ta sama, a opiera się ona na tem spostrzeżeniu, że promienie radu, mesotoru i Roentgena niszczą ze szczególnem niejako upodobaniem komórki nowotworowe, pozostawiając fizyologiczne tkanki ustroju do pewnego przynajmniej stopnia niezmienionemi. Tak rad, jak i mesotor, stosuje się w postaci soli, które w odpowiednich tak zwanych filtrach, t. j. małych rurkach, sporządzonych z platyny, ołowiu lub złota, wkłada się na pewien czas, zwykle na kilka godzin, do pochwy. Doświadczenie kliniczne przekonało, że początkowy entuzyazm, z jakim przyjęto ten nowy sposób leczenia raka, w późniejszem zastosowaniu częściowe tylko znalazł uzasadnienie. Liczne powikłania, występujące czy to w czasie samego leczenia, czy też w pewien czas już po jego ukończeniu, w postaci martwicy otaczających tkanek i ścian narządów, przetok moczowych, a przedewszystkiem kałowych, zmusiły do udoskonalenia strony technicznej naświetlań, a przypadki spostrzegane przez dłuższy czas po tak zwanem ukończeniu leczenia i dalszy przebieg schorzenia nauczyły krytycznie rozpatrywać wyniki, uzyskane przy pomocy energii promiennej. Przypadków pierwotnego raka pochwy, leczonych przy pomocy energii promiennej, nie znajdujemy wiele w literaturze. Aschheim i Meidner wspominają o jednym przypadku, wyleczonym bez nawrotu przez przeciąg roku, a w klinice Schauty miano sposobność leczyć w ten sposób trzy przypadki z wątpliwym wynikiem. Ocenienie wartości tego leczenia natrafia na znaczne trudności, gdyż opierać się musi na stosunkowo niedużym materyale, przy nieustalonej, zmieniającej się i doskonalącej się jeszcze technice. Nic dziwnego, że i o porównanie skuteczności operacyjnego i zachowawczego leczenia raka pochwy kusić się na razie niepodobna, tembardziej zaś o rozstrzygnięcie, której z tych metod leczniczych oddać należy w odniesieniu do raka pochwy pierwszeństwo.

Wobec jednak niepomyślnego naogół przebiegu leczenia chirurgicznego, stosowanie leczenia przy pomocy energii promiennej w przypadkach raka pochwy zdaje się zasługiwać na polecenie, pomimo, że przy dzisiejszym stanie techniki nie daje ono również pewności zupełnego wyleczenia. W każdym razie stosowanie naświetlań promieniami radu, mesotoru lub Roentgena po ile możności doszczętnem usunięciu nowotworu na drodze operacyjnej uważać należy bezwarunkowo za wskazane.

Notatka słownikowa
prof. Browicza.

przelewanie wnętrzne, autotransfusio.
niejadowity, avirulent.
bezplemniczość, azoospermia.
przechowywacz mikrobów, Bacillenträger.
zakażenie, mikrobica żółci, Bakteriocholie.
niszczenie mikrobów, bakteriolysis.
pęcherz listwowaty, Balkenblase.
szyja odęta, Blähhals.
tworzywo, Blastem.
nowotwórstwo, blastomatosis.
komórki brózdkowania, Blastomeren.
drożdżak, blastomycoma.
pęcherzyk zarodkowy, blastula.
przyciemniacz, Blende.
wyrostek robakowaty, Blinddarmanhang.
rysy popiorunne, Blitzfiguren.
otwór (dolny, górny) klatki piersiowej, Brustapertur.
wapnica, calcinosis.
kamykowy, pochodzenia kamykowego, calculosus.
wydalacz ciągły, Dauerausscheider.
odgłobienie, desinvaginatio.
cukrzyczy, moczówkowy, diabeticus.
cukrzycorodny, diabetogen.
wyodrębliwość, Differenzierbarkeit.
badanie na ciemnem tle, Dunkelfelduntersuchung.
trudnogojny, dysiatisch.
wgoić, einheilen.
jad wnętrzny, wewnątrzkomórkowy, Endotoxin.
odzróżnienie, Entdifferenzierung.
odjelitny, enterogen.
teorya odtruwania, Entgiftungstheorie.
narząd odtruwający, Entgiftungsorgan.
1) nasada (kości), 2) szyszynka, epiphysis.
wyrostek robakowaty, epityphlon.
gorączka zakaźna, febris septica.
gorączka niezakaźna, febris aseptica (wyraz »bezgnilny« wyrzucić). 15.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.
VII. Posiedzenie naukowe d. 8. marca 1918
(Dokończenie).

W dyskusyi: 1) Kol. Demianowski wspomina o przypadkach choroby Addisona (Recklinghausen, Linser), łączących się ze wzrostem karłowatym. — 2) Kol. Sieradzki zapytuje o genezę zmian barwikowych w chorobie Addisona i o przyczynę ich zanikania. — 3) Kol. Hornowski przypuszcza, że znikanie barwika odbywa się za sprawą białych ciałek krwi. — 4) Kol. Sabatowski wspomina o pracy nieznanego mu z nazwiska prymaryusza z Aten, który zapomocą wstrzykiwania adrenaliny otrzymywał odbarwienie skory przy chorobie Addisona.— 5) Kol. Nowicki wspomina o nielicznych przypadkach, w których wystąpiły objawy choroby Addisona po silnym urazie, głównie w okolicę lędźwiową. W jednym z tych przypadków stwierdzono na sekcyi stary wylew krwawy w nadnerczach i ich okolicy. W nader rzadkich przypadkach spostrzegano również samoistne ustępowanie objawów chorobowych. — 6) Kol. Sołowij, jako analogię, przytacza zabarwienie skóry u ciężarnych i tłumaczy mechanizm. — 7) Kol. Gluziński A. uważa za przyczynę cierpienia w przypadku kol. Renckiego zmianę naczyniową.

II. Kol. Tomaszewski przedstawia rzadki przypadek **dermographia elevata.** Przypadek dotyczy chorego z wybitnemi znamionami wzmożonego napięcia w układzie nerwu błędnego, w połączeniu ze stanem limfatycznym (status lymphaticus i habitus enteroptoticus). Dermografia nie sprawia choremu żadnych dolegliwości, utrzymuje się około 1$^1/_2$ godziny i znika bez pozostawienia po sobie jakichkolwiek śladów. Należy ją uważać za zboczenie miejscowe, polegające na wzmożonej pobudliwości i przepuszczalności naczyń włosowatych skóry, przyczem istnieje prawdopodobnie równocześnie i upośledzenie wessania; wskazuje na to długie utrzymywanie się obrzęku skóry. Dermografia, zdaniem prelegenta, nie ma żadnego znaczenia rozpoznawczego, nie jest zwłaszcza wcale typowym objawem neurastenii ani histeryi. W danym przypadku za tło, na którem powstała dermografia, uważać należy wagotonię. (Autoreferat).

W dyskusyi: Kol. Demianowski, odwołując się na swoje badania nad dermografią i zebrane dane z literatury, zaznacza, że dermografia do tej pory przynajmniej ze względu na brak jednolitej, a subtelnej metody badań nie ma znaczenia rozpoznawczego. — Kol. Csala zapytuje o różnicę między pokrzywką porcelanową a dermografią? — W dyskusyi przemawiał nadto kol. Halban.

III. Kol. Rothfeld przedstawił trzy przypadki neurologiczne z oddziału szpitala rezerwowego, nad którymi w dyskusyi przemawiali kol. Mazanek, Halban i Csala.

Zjazd w sprawie wyludnienia kraju
w Warszawie 1—3. XI. 1918.

Jak już donosiliśmy, podzieli się Zjazd na 3 sekcye: I. Sekcya walki z niedomaganiami, spowodowanemi przez obecne warunki wojenne. II. Sekcya walki z chorobami wenerycznemi i nierządem. III. Sekcya opieki nad matkami i dziećmi oraz walki z ograniczaniem liczby potomstwa.

W sekcyi I ustalono jako tematy obrad: 1) Odżywianie ludności podczas wojny (referaty zgłosili Dr Ruppert, Dr Tarczyński, Liebrach), 2) Gruźlica (Dr S. Rudzki, Dr Szmurło), 3) Choroby zakaźne ostre (Dr Trenkner), 4) Choroby serca, naczyń i nerwów na tle wojny (Dr Ciągliński). — Tematy i zgłoszone referaty w sekcyi II podaliśmy już w Nr. 29. — W sekcyi III tematem obrad będą: 1) Stan obecny opieki nad matkami i dziećmi oraz śmiertelność dzieci na ziemiach polskich, 2) Ochrona macierzyństwa (Dr Pawlikowski, mec. Mannteuffel, inż. Sokal), 3) Opieka nad dziećmi nieślubnemi, sierotami, opuszczonemi i występnemi (Dr Stankiewicz, mec. Cederbaum), 4) Walka z ograniczaniem potomstwa (Dr Gromadzki).

Dalsze zgłoszenia referatów przyjmuje Dr L. Wernic w Warszawie, Al. Jerozolimskie Nr. 66.

(W nadesłanym nam oficyalnym komunikacie Zjazdu niema wzmianki o referentach z poza Warszawy, zaproszonych przez delegatów galicyjskich Zjazdu).

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Prezesem Stowarzyszenia lekarzy polskich został wybrany Dr. Władysław Starkiewicz, wiceprezesem Dr. Jakimiak, sekretarzem Dr. Turkiewicz.

Zmarli: Dr. Aleksander Dobrzański, nestor okulistów polskich, b. ordynator szpitali warszawskich i dyrektor Zakładu leczniczego w Busku, w 88 r. ż. w Warszawie; Dr. Stanisław Radziszewski, ordynator szpitala św. Stanisława w 68 r. ż. w Warszawie; Dr. Władysław Olechnowicz, kierownik zakładu dla umysłowo i nerwowo chorych w Czerwonym Dworze, w 70 r. ż.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.